

DES PHLÉBITES ET EMBOLIES

CONSÉCUTIVES AUX

OPÉRATIONS

DES

FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René PERRIN

Interne lauréat des Hôpitaux de Grenoble

né à CONSTANTINE (Algérie) le 30 mars 1908



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

DES PHLÉBITES ET EMBOLIES CONSECUTIVES
AUX OPÉRATIONS DES FIBROMES UTÉRINS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1924-1925 N° 1 7

DES PHLÉBITES ET EMBOLIES

CONSÉCUTIVES AUX

OPÉRATIONS

DES

FIBROMES UTÉRINS

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 3 juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René PERRIN

Interne lauréat des Hôpitaux de Grenoble

né à CONSTANTINE (Algérie) le 30 mars 1908



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
	ROQUE.
Cliniques chirurgicales	TIXIER.
	BERARD.
	COMMANDEUR.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	ROLLET.
Clinique ophtalmologique	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEPINE (J.).
Clinique neurologique et psychiatrique.....	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des enfants.....	VILLARD.
Clinique des maladies des femmes.....	LANNOIS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET.
Clinique des maladies des voies urinales.....	NOVE-JOSSERAND.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	CLUZET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	HUGOUNENQ.
Chimie biologique et médicale.....	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.....	BRETIN.
Matière médicale et Botanique.....	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	LATARJET.
Anatomie	POLICARD.
Histologie	DOYON.
Physiologie	COLLET.
Pathologie Interne	X.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	PAVIOT.
Anatomie pathologique	PATEL.
Chirurgie opératoire.....	ARLOING (F.).
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	Etienne MARTIN.
Médecine légale	COURMONT (P.).
Hygiène	FIG.
Thérapeutique, Hygiène et Climatologie.....	X.
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARRIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, président ; COTTE assesseur ;
DUROUX et A. CHALIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE ANDRÉ

A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE JEAN

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Nous sommes sensible au grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANDRÉ CHALIER

Qui, après nous avoir inspiré le sujet de ce travail, nous a constamment aidé et dirigé, toujours avec une grande bienveillance. Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant et tenons à l'assurer de notre vive gratitude. Si ce modeste ouvrage devait comporter quelque mérite, c'est à lui qu'il reviendrait tout entier.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE GRENOBLE
(1920-1925)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PERRIOL

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTE

MESSIEURS LES DOCTEURS :

AUDAN, BONNIOT, BOSQUETTE (*in memoriam*),
GIRARD, HERMITE, KUENTZ, MARTIN, MARTIN-
SISTERON, PERRIN, G. PEYRIN, P. SAPPEY, SAU-
VAGE, SIGAUD, TERMIER, TRAVERSIER.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DES PHLÉBITES ET EMBOLIES CONSÉCUTIVES AUX OPÉRATIONS DES FIBROMES UTÉRINS

INTRODUCTION

Depuis 1885, date à laquelle s'il faut en croire SAMUEL POZZI, GILMANN KIMBALL (de Boston) pratiqua le premier une hystérotomie pour fibrome utérin, la thérapeutique chirurgicale a fait dans cette voie les immenses progrès que l'on sait. Successivement, sont venus s'imposer des procédés de plus en plus simples, de moins en moins dangereux; parallèlement, s'est améliorée la courbe des statistiques. A cette période se rattachent les grands noms de Kœberlé, de Péan, suivis bientôt d'un nombre considérable de disciples.

Puis, plus récemment, le début de ce siècle a vu s'installer des méthodes nouvelles dites physiothérapiques; radium et surtout rayons X ont, à l'heure actuelle, leurs adeptes fervents. On sait les discussions qui ont agité à ce propos le monde chirurgical. Les indications respectives des deux méthodes ont suscité d'ardentes controverses. Plusieurs importants travaux, provoqués de la sorte, ont mis la question à peu près au point. On peut aujourd'hui admettre que si un certain nombre de fibromes paraissent relever

nettement de la radiothérapie, par contre, nombreux encore sont ceux dont l'intervention sanglante constitue indiscutablement le traitement de choix, soit que leurs symptômes habituels semblent exagérés, soit qu'ils aient subi diverses transformations anatomiques, soit enfin qu'un état général franchement mauvais impose l'ablation rapide de la tumeur au niveau de laquelle se produisent d'importantes résorptions toxiques.

Cependant, si grands qu'aient été en cette matière les progrès de la technique opératoire, ils ne sont pas tels encore que le chirurgien puisse envisager d'un œil absolument calme les résultats de son intervention. En effet, il lui faut encore, dans une certaine mesure, compter avec les complications possibles. Or, parmi celles-ci, il en est certainement une qui reste le véritable écueil de la chirurgie du fibrome utérin; nous voulons parler de la thrombose : phlébite du membre inférieur et phlébite pelvienne, ce sont là les deux modalités d'une maladie souvent longue, toujours grave aussi, surtout dans ses formes occultes, à cause du risque de l'embolie pulmonaire, véritable épée de Damoclès suspendue au-dessus de la tête des opérées.

On conçoit dès lors facilement l'intérêt capital qu'il y aurait à rechercher avec soin d'une part les conditions pathogéniques dans lesquelles se produit habituellement ce redoutable accident, d'autre part les premiers symptômes par lesquels il se manifeste en clinique; car on serait ainsi à même de pouvoir le dépister et le détourner plus aisément.

C'est là une tâche longue et délicate, qui nécessitera certainement plusieurs travaux et beaucoup de temps avant de donner des résultats définitifs. Pour notre part, nous nous estimerions satisfait si nous pensions y avoir contribué en quelque façon, même dans une très faible mesure. Cette thèse que nous avons entreprise, guidé par M. le Professeur Agrégé A. CHALIER, n'a pas d'autre but.

Nous comptons étudier successivement :

- 1° La fréquence de la phlébite post-opératoire;
 - 2° Son étiologie et sa pathogénie;
 - 3° Son tableau clinique habituel;
 - 4° Son diagnostic et son pronostic;
 - 5° Son traitement préventif.
-

CHAPITRE PREMIER

Fréquence.

Il est un fait bien connu de tous les chirurgiens et gynécologues : c'est la fréquence relativement considérable de la phlébite consécutive aux opérations pour fibrome utérin. Le fibrome, en effet, a le triste privilège de payer à cette complication un tribut toujours plus lourd que d'autres affections pourtant septiques au premier chef, telles que toute la série des annexites, telles encore que les cancers du corps et du col de la matrice. Bornons-nous pour l'instant à constater ce phénomène curieux, auquel nous pourrions tenter dans le chapitre suivant de fournir une explication plausible.

On peut tout d'abord admettre que le chiffre global de 4 %, que nous donnons pour fixer les idées, représente à peu près le pourcentage actuel des cas de thrombose post-opératoire. Ce chiffre comprend dans notre esprit à la fois les cas de phlébite des membres et ceux d'embolie pulmonaire. D'ailleurs, hâtons-nous de le dire, il s'agit là d'une moyenne qui

est susceptible de varier dans d'assez larges proportions et ceci non pas tant sous l'influence du procédé employé que selon l'opérateur lui-même.

En effet, les diverses statistiques publiées à ce jour (lorsque leurs auteurs ont fait le départ entre les cas consécutifs à l'hystérectomie totale et ceux qui suivent la subtotal) ne montrent le plus souvent aucun avantage net en faveur de l'un ou l'autre procédé. Cependant, peut-être semble-t-il que la totale donne d'une façon précise des résultats un peu meilleurs. Ainsi COTTE a eu 2 phlébites après 30 subtotales (6 %) et 2 aussi après 52 totales (4 % seulement).

M. CHALIER a observé 3 phlébites du membre inférieur gauche après 55 hystérectomies subtotales (5,45 %) et pas une seule après 37 hystérectomies totales.

Quant à la myomectomie, ce procédé en somme assez peu usité (quoiqu'il ait paru dernièrement gagner du terrain) donnerait d'après GOULLIUD, un pourcentage de phlébites relativement faible; mais, par ailleurs, les indications de la méthode sont bien limitées.

Sur 94 fibromes opérés par lui en trois ans, M. Chalier n'a trouvé l'occasion de faire la myomectomie que dans 2 cas.

De même, les opérations par la voie vaginale tendent à être abandonnées d'une façon presque complète. Du reste, elles sont assez peu recommandables au point de vue qui nous occupe : 3,35 pour 100 d'embolies pulmonaires mortelles au lieu de 2 pour 100 dans les interventions abdominales (G. MICHEL).

En résumé, pas de raison absolue de préférer l'un à l'autre les deux grands procédés actuellement en vogue : hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdominale subtotale.

Par contre, il faut bien le dire, les résultats sont susceptibles de varier dans une assez large mesure, selon les opérateurs. PARRAR (de New-York) a constaté, ayant colligé 5.710 hystérectomies pour fibromes, que la proportion des thromboses oscillait de 0,19 à 5,3 pour 100 suivant les chirurgiens. J.-B. KOUWER, par exemple, sur 134 hystérectomies, a observé 11 cas de phlébite des membres inférieurs et 4 embolies pulmonaires, soit 10 pour 100 environ; LAUNAY, sur 260 interventions, 14 embolies mortelles, 2 légères et 2 phlébites (7 %); OSFIELD, sur 454 cas, 40 phlébites et 3 embolies (8 %). Ces chiffres sont certainement forts surtout lorsqu'on les compare au 1,5 % de LERICHE, au 1 % de FAGUET. Nous pensons que le hasard est insuffisant pour expliquer à lui seul pareils écarts. Certainement la technique opératoire doit être pour quelque chose dans les différences observées. Retenons pour l'instant ce point capital qui sera à la base du traitement prophylactique.

Nous pouvons aussi noter, dès maintenant, la fréquence particulièrement grande des phlébites et des embolies :

1° Chez les femmes dont l'état vasculaire est déficient, en général à la suite d'hémorragies répétées;

2° Chez celles qui sont porteuses de fibromes énormes ou sous-muqueux, ou en voie de dégénérescence.

Nous développerons d'ailleurs plus à loisir ces deux points dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

Étiologie et Pathogénie.

Il nous faut étudier maintenant les conditions étiologiques et pathogéniques dans lesquelles se produit habituellement la thrombose post-opératoire.

Et tout d'abord *certaines malades* sont-elles exposées plus que d'autres à cette complication ? Oui, cela est incontestable. Tous les chirurgiens ont appris à se méfier en particulier des femmes grasses à jambes variqueuses, à circulation stagnante, à pression artérielle faible. Celles-là surtout, dont le courant sanguin est déjà ralenti, feront plus volontiers, consécutivement à l'intervention, des phlébites interminables ou bien encore, cette redoutable thrombose occulte des veines pelviennes, cause à peu près constante de l'embolie pulmonaire.

D'autre part, la *variété anatomique* elle-même du fibrome utérin n'est certainement pas indifférente. Il serait très intéressant de pouvoir trouver des indications précises à ce propos dans les diverses statistiques opératoires publiées. C'est un point qui, mal-

heureusement, jusqu'ici, a été laissé un peu dans l'ombre. Toutefois, on peut admettre que sont spécialement prédisposants les fibromes volumineux ainsi que ceux qui sont enclavés dans le petit bassin. En somme : tous ceux qui réalisent une compression vasculaire. De même encore, tous ceux qui saignent facilement et en particulier les sous-muqueux, cause habituelle d'hémorragies incessantes.

C'est qu'en effet, nous touchons là, semble-t-il, à un côté capital de la question, à savoir la fréquence particulièrement grande de la thrombose post-opératoire chez les malades anémiées, chez celles que des pertes abondantes ont particulièrement affaiblies. Ces hémorragies répétées agissent, on l'admet actuellement, par un double mécanisme.

En premier lieu, elles ont pour effet immédiat l'abaissement de la tension sanguine, comme conséquence mathématique le ralentissement du courant circulatoire et, sous l'influence d'une cause en général minime, production plus facile du caillot initial. Certains chirurgiens, et particulièrement le Docteur A. Chalier, mesurent ainsi systématiquement la tension de leurs futures opérées et lorsqu'ils la trouvent abaissée, s'emploient à la relever avant d'intervenir.

Ensuite et surtout les hémorragies agissent en modifiant la formule chimique du sang et, plus spécialement, sa coagulation. C'est un point que WRIGHT, puis CHANTEMESSE, ont eu le mérite de mettre en relief. Il s'agit en somme d'une réaction de défense banale. L'organisme, luttant comme dans un bon nombre d'affections hémorragipares, augmente la coagu-

labilité sanguine. CHANTEMESSE pour vérifier sa théorie fit de nombreuses recherches dans le service de LEGUEU. Là, il constata que le sang des malades atteintes de fibrome présentait toujours la veille de l'opération une coagulabilité d'un tiers plus forte qu'à l'état normal. On conçoit que, dans ces conditions, lorsque des causes adjuvantes interviennent, la formation des thromboses soit étrangement facilitée. Rappelons que cette augmentation de la coagulabilité paraît due à l'excès dans le sang des sels calciques qui favoriseraient l'action du fibrin-ferment.

Voilà donc une première cause importante susceptible d'expliquer la fréquence des thromboses post-opératoires. Ce n'est pas tout.

La compression, à laquelle beaucoup d'auteurs ont fait jouer un rôle primordial, va intervenir elle aussi, mais, à notre avis, surtout comme cause occasionnelle. Ralentissant, elle aussi, le courant sanguin, elle est une cause puissante de stagnation dans tout le domaine des veines iliaques et de leurs affluents. L'effet de cette stase explique bien en particulier la localisation plus fréquente de la phlébite du côté gauche (qui serait de 90 pour 100 d'après CORDIER); à gauche, en effet, la veine iliaque externe est plus oblique qu'à droite; elle est recouverte par l'artère et, de plus, croisée par l'anse sigmoïde, qui peut la comprimer; la stase est par conséquent plus marquée.

A cette théorie se rattachent les idées de STRANCK (de Moscou), qui incrimine surtout l'usage du plan incliné, au moment de l'opération, à cause de la compression des vaisseaux poplités. Remarquons que

cela n'explique pas la fréquence plus grande de la phlébite chez les fibromateuses.

En somme, la compression a un rôle pathogénique indéniable, mais ce qui semble bien prouver que son influence n'est pas capitale, est le fait que, en somme, la thrombose survient lorsque l'obstacle est levé, alors que les conditions vasculaires sont redevenues, semble-t-il, à peu près normales. Et, en effet, sans vouloir méconnaître l'existence des phlébites au cours de l'évolution des fibromes utérins laissés à eux-mêmes, il est certain que celles-ci sont tout de même beaucoup moins fréquentes que consécutivement à l'opération, c'est-à-dire lorsque disparaît la cause même invoquée par certains.

D'ailleurs, il faut ajouter que, dans l'esprit de ces auteurs, l'intervention agit alors comme cause effective de la thrombose et cela, par une action en quelque sorte traumatique. En effet, au cours même de l'opération, les manœuvres de libération de la tumeur ne vont pas sans de légers dommages subis par les veines iliaques et pelviennes; celles-ci sont tiraillées de part et d'autre et même éraillées. Cette simple altération traumatique de la paroi suffira dès lors à jouer le rôle de cause provocatrice. Au niveau de l'endothélium lésé se formera le premier coagulum fibrineux, selon le processus classique. Bientôt apparaîtra le caillot secondaire étendant la lésion de proche en proche. C'est là la théorie de la phlébite aseptique, soutenue en particulier par VAQUEZ.

Toutes ces influences pathogéniques sont admises à l'heure actuelle un peu partout. On a tendance à

s'en contenter d'une façon à peu près générale. Et, cependant, nous pensons et nous voudrions essayer de montrer qu'elles ne sont pas absolument satisfaisantes; qu'elles ne suffisent peut-être pas à expliquer la question.

Il est un point, en effet, sur lequel on fait trop volontiers silence : c'est l'infection. Il y a là un phénomène curieux. Alors que, partout, triomphaient à juste titre les théories microbiennes, dans le cas qui nous occupe, au contraire, l'action des infini-ments petits était tenue pour négligeable. Et cependant, n'est-il pas tout à fait logique d'attribuer une origine bactérienne à une affection qui s'accompagne d'une réaction thermique et dont l'allure infectieuse est en somme cliniquement assez nette ?

De plus, comment ne pas être frappé par l'analogie clinique qui existe indiscutablement entre la phlébite puerpérale et celle qui succède à l'intervention pour fibrome ? A même tableau clinique, ne faut-il pas, autant que possible, attribuer une même étiologie ?

Le principal argument invoqué contre la théorie infectieuse est le suivant : comment expliquer que le fibrome fournira un pourcentage élevé de complications vasculaires, alors que d'autres affections, éminemment septiques, en produisent beaucoup moins ? Pourquoi une tolérance si grande chez les femmes atteintes de salpingite, par exemple, contrastant étrangement avec ce qui peut être considéré comme une véritable prédisposition chez les fibromateuses ? La

question n'est pas absolument insoluble et on peut semble-t-il, essayer d'y répondre.

Ne peut-on pas admettre, en effet, que les affections septiques citées plus haut, du fait même de leur septicité, en arrivent à réaliser une sorte de vaccination de l'organisme devenu par conséquent beaucoup moins sensible à l'action ultérieure des germes infectieux ? Ce n'est là qu'une hypothèse, dirait-on. Sans doute, et il est, à l'heure actuelle, assez difficile de la vérifier, mais elle nous paraît rendre un compte exact des phénomènes observés.

En effet, si les progrès de l'asepsie et de la technique chirurgicale sont arrivés à supprimer, en somme, complètement, les causes grossières d'infection, du moins, l'asepsie absolument complète, demeure bien difficile à observer dans un grand nombre de cas. Si, par conséquent, l'on n'observe plus en pratique les septicémies superposables à la grande infection puerpérale, non plus que les péritonites post-opératoires, du moins peut-on admettre une certaine identité entre les phlébites du post-partum ou du post-abortion et celles qui viennent compliquer une hystérectomie par exemple.

Poussant cette théorie aussi loin qu'il est possible nous savons un gynécologue lyonnais qui n'hésite pas actuellement après ablation de l'utérus, à faire une péritonisation haute, laissant en place une mèche à travers le vagin, cela dans l'intention de réaliser une infection atténuée, c'est-à-dire de créer artificiellement la vaccination dont nous parlions plus

haut. La méthode n'a pas encore fait ses preuves, mais l'idée est hardie et valait d'être signalée.

Faisons remarquer ici que la théorie de la thrombokinase, cette substance génératrice de la thrombose dont le rôle paraît aujourd'hui bien établi, est tout à fait susceptible d'une interprétation microbienne. BONNEY affirme en effet que c'est une simple toxine résultant d'une action bacillaire. Notons d'ailleurs que, expérimentalement, son injection dans le sang n'amène la coagulation que s'il existe un ralentissement de la circulation.

Résumons-nous : nous pensons que les complications vasculaires veineuses, consécutives aux opérations pour fibrome utérin, reconnaissent des causes prédisposantes de première importance : à savoir, l'abaissement de la tension artérielle, les modifications chimiques du sang, et aussi la compression et les manœuvres opératoires brutales; mais la cause efficiente nous paraît devoir être rapportée surtout à l'infection microbienne, le cadre de la phlébite aseptique étant dans notre esprit extrêmement restreint.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Le tableau clinique de la thrombose post-opératoire n'est pas univoque. Il varie même dans de très larges proportions, selon que l'on a affaire à une phlébite pelvienne ou, au contraire, à la classique phlegmatia alba dolens. En général, bien nette dans le second cas, la symptomatologie est au contraire toujours très insidieuse dans le premier. Nous étudierons donc à part ces deux formes de la complication.

I. — Les Phlébites du membre inférieur.

Dans le cas de phlébite du membre inférieur, la période de début de la thrombose passe en général inaperçue, la formation du caillot ne se révélant initialement que par de menus signes, difficilement décelables à l'aide des moyens ordinaires d'investigation clinique. On peut dire, que la première dizaine de jours après l'intervention, se passe le plus souvent sans incident.

Puis, un matin, la malade ressent dans l'aine ou au mollet, plus souvent à gauche qu'à droite, une douleur spontanée avec sensation de lourdeur du membre et endolorissement général. Dès ce moment, une palpation, même très légère, éveille la souffrance. Par la suite, il devient en général possible de sentir un cordon induré, douloureux, correspondant à la veine thrombosée (qui est la crurale ou la saphène). Peu à peu apparaît un œdème blanc mou, et en général dépressible, des tissus péri-vasculaires. En même temps peut se manifester une tuméfaction légère des ganglions du triangle de Scarpa. Bien entendu, ces phénomènes ne vont pas sans un mouvement fébrile en général de moyenne intensité, l'élévation thermique atteignant un ou deux degrés. Enfin, l'accélération du pouls est à cette période toujours manifeste.

Telles sont les grandes lignes du tableau clinique présenté. Il nous faut maintenant insister un peu sur chacun des principaux symptômes que nous venons d'énoncer.

Les *caractères du pouls*, en particulier, sont d'une grande importance et peuvent suffire dans certains cas à faire prévoir l'imminence de la phlébite. L'accélération des premiers jours, quand elle ne reconnaît pas d'autre cause appréciable, revêt en effet la valeur d'un véritable signal-symptôme, précieux surtout, comme nous le verrons plus tard, dans les cas de thrombose occulte. C'est là le signe de MAHLER ou « *Kletterpuls* », qui s'explique de la façon suivante : le cœur en état d'atrophie brune (HOFMEIER) doit,

pour venir à bout de l'obstacle qui s'offre à lui, augmenter le nombre de ses contractions. Il est à noter que cette fréquence du pouls ne s'accompagne pas de petitesse. Le signe de MAHLER, lorsqu'il est très prononcé, annoncerait même par son intensité l'embolie prochaine, ainsi que l'ont constaté sur leurs malades GROS, WEISS, ROUTIER, FLAISCHLEN et WYDER.

La *fièvre* est plutôt moins constante que l'accélération du pouls. Cependant, on peut dire qu'elle accompagne presque toujours les réactions veineuses. La poussée phlébique est caractérisée en effet par l'apparition d'un frisson suivie d'une ascension thermique à 38°5 ou 39° en général. Puis, pendant 3 à 4 jours, la température se maintient élevée avec des oscillations de l'amplitude d'un degré environ. Alors il y a retour à une apyrexie en général incomplète, d'autant plus que de nouveaux frissons peuvent survenir. Signalons que l'on a décrit une variété névralgique de la phlébite qui ne s'accompagnerait pas d'ascension thermique importante. Les cas en sont très rares.

La *douleur* suit dans sa marche les progrès de l'envahissement vasculaire. A chaque poussée, en effet, l'endolorissement s'étend de plus en plus et cela en général de bas en haut dans le sens du courant sanguin de retour. Cette douleur est exagérée par la toux et par la respiration profonde, ce que l'on peut expliquer par la striction des veines fémorales et saphène au passage de leurs anneaux fibreux. Rappelons que la pression du doigt amène une exacerbation passagère.

L'*œdème du membre* est en général blanc rosé et mou, en godet. Il disparaît progressivement à mesure que la circulation colatérale s'établit, mais le danger d'embolie persiste. Cette circulation complémentaire se traduit par l'apparition sur la peau de marbrures bleuâtres en rapport avec la dilatation du réseau veineux sous-cutané.

Quant à l'*embolie pulmonaire* elle s'observe, mais avec une fréquence relativement minime, quand la phlegmatia est constitué ; c'est surtout l'apanage des formes pelviennes. Il faut bien entendu éviter de la provoquer par des manipulations intempestives au niveau de la veine enflammée, telles que des massages trop brutaux et prendre garde aussi de ne pas mobiliser le membre malade de façon précoce, quand la température reste élevée.

On a signalé encore l'apparition assez fréquente de l'*hydarthrose du genou*, phénomène banal dans la plupart des phlébites. Rappelons aussi l'existence plusieurs fois observée de signes moins importants, parce que très peu caractéristiques, tels que : maux de tête violents, troubles respiratoires dans les grandes inspirations, albuminurie enfin, s'il y a obstruction des veines rénales.

Dans certains cas, enfin, le processus thrombosant ayant une grande tendance à l'extension, on pourra observer la forme dite *phlébite à bascule* dont la durée est naturellement toujours très longue.

Pour terminer, signalons l'individualisation fréquente de deux formes cliniques un peu spéciales :

1° Celle dans laquelle le processus est limité au

mollet (douleur et gonflement n'ayant que très peu de tendance à remonter à la cuisse); il faut, sans doute, incriminer alors des rameaux veineux de deuxième et troisième ordre.

2° La *phlébite variqueuse* de pronostic bénin, à symptomatologie en général superficielle, compatible avec un certain degré de mobilisation.

3° La forme purement *algique* avec gonflement nul ou presque et très léger mouvement thermique.

II. — La Phlébite Pelvienne.

Bien différente et d'une insidiosité redoutable va être la symptomatologie de la thrombose pelvienne post-opératoire. Le plus souvent, en effet, le diagnostic ne sera pratiquement fait que lors de l'apparition d'une embolie pulmonaire, et cependant c'est là un accident qui peut, à la rigueur, être prévu, donc évité, du moins dans certains cas. Sa gravité vaut bien qu'on y prenne garde. Etudions les signes qui peuvent et doivent y faire penser.

La température, nécessairement, devra être surveillée de près ; on se méfiera surtout lorsque, vers le huitième ou le dixième jour, on la verra s'élever en une courbe irrégulière, cela sans qu'on puisse trouver d'autre explication, en particulier sans qu'il y ait des signes de phlegmatia des membres. Le type le plus souvent observé comporte des oscillations rémittentes de 2 à 3°, suivies d'une phase d'apyrexie, puis d'une nouvelle ascension.

Les frissons accompagnent souvent les oscillations thermiques ; ils sont irréguliers en intensité et en durée, variant des formes très brèves à celles plus solennelles, qui pourraient faire craindre une infection profonde. Leur nombre est très variable. Le frisson initial peut rester le seul ou se répéter plusieurs fois. Il est rare d'observer une sudation consécutive.

Le pouls, bien plus encore que dans la forme précédemment étudiée, revêt ici une importance capitale. Le fait saillant est l'augmentation du nombre de pulsations, qui précède souvent l'apparition de tout autre signe. On peut observer, en effet, cette accélération même avec persistance d'une courbe thermique normale. Elle est constante, mais avec quelques maxima, se faisant d'ailleurs par échelons (Staffelformig). En général, le chiffre des pulsations est augmenté de 11 à 12 d'un jour à l'autre. Il se maintient alors à ce taux pendant 48 heures, puis repart en une nouvelle ascension. Cette échelle, d'après les auteurs qui l'ont étudiée, suivrait l'extension anatomique de la thrombose. Pour bien montrer l'importance du *pouls grim pant*, disons que RICHTER l'a trouvé dans 63 % des cas chez ses malades, déclarant d'ailleurs que, chez les autres, il y avait de larges voies collatérales.

Retenons, comme conclusion pratique, la nécessité de noter soigneusement le pouls sur la feuille de température, et cela, non seulement pendant les

deux ou trois premiers jours, mais au moins jusqu'au premier lever.

Le météorisme abdominal, par contre, sur lequel insistent LJBOSSE et HEIDMANN, et qui résulterait d'une action dépressive des toxines sur les spanchniques, est un signe beaucoup trop banal pour qu'on puisse y attacher une grande importance.

Il n'en est pas de même avec les symptômes thoraciques. Ceux-ci, bien souvent, comme nous l'avons fait remarquer déjà, dominent la scène et sont les premiers à attirer l'attention. Il peut ne s'agir que d'une simple poussière d'embolies, à laquelle il faut probablement, rapporter nombre de complications pulmonaires d'apparence primitive : pneumonie et broncho-pneumonie, comme le pense LOCKART-MUMERY. Souvent, aussi, l'embolie est de moyen volume et réalise alors le tableau classique de l'infarctus pulmonaire, avec point de côté très douloureux, immobilisation de l'hémithorax, dyspnée, foyer de râles sous-crépitants et matité localisée, apparition de crachats hémoptoïques. Consécutivement, se produit un léger épanchement pleural. Enfin, on peut observer l'embolie mortelle, soit immédiatement, soit en quelques heures, contre laquelle on a bien peu de recours et qui agit par rétrécissement brusque du champ de l'hématose. Les cas en sont malheureusement fréquents.

La douleur latéro-abdominale, sur laquelle HEIDMANN surtout a attiré l'attention, est un signe d'une certaine importance. Il s'agit d'une douleur sponta-

née, mais révélée au maximum par la palpation de la région hypogastrique, provoquée par la toux et par les fortes inspirations, réapparaissant avec chaque nouvelle extension de la thrombose. A noter que cette douleur peut se réveiller lors de la défécation soit que les veines du rectum aient subi un envahissement inflammatoire, soit que le bol fécal vienne appuyer sur les plexus pelviens enflammés.

Signalons encore que pour WINCHRELO et DREWS il y aurait aussi dysurie.

Enfin, rappelons qu'il sera parfois possible de percevoir par le toucher les veines thrombosées sous la forme d'une tuméfaction circonscrite, allongée en cordon, peu volumineuse et sensible à la palpation, celle-ci étant d'ailleurs plutôt dangereuse.

En somme, nous le voyons, par opposition avec la phlébite des membres inférieurs, qui se déroule en quelque sorte au grand jour, la thrombose pelvienne, dont l'évolution est bien souvent occulte, demandera toujours à être cherchée, si l'on veut s'éviter de désagréables surprises.

CHAPITRE IV

Diagnostic et Pronostic.

Le diagnostic de la thrombose post-opératoire (cela résulte du tableau clinique tracé dans le précédent chapitre) sera beaucoup plus facile dans les cas de phlébite des membres inférieurs, que lorsqu'il s'agira de la forme pelvienne. Cependant, de toute façon, on a intérêt à le poser de façon précoce et, pour cela, il faudra attacher une grande importance aux modifications du pouls, ce signe étant, comme nous l'avons vu, le plus fidèle comme le plus vite apparu. Bien entendu, il faudra avoir éliminé par un examen soigneux de la malade, toutes les autres causes d'accélération possibles, qu'elles soient pulmonaires, abdominales ou autres. En tout cas, une fois l'œdème des membres inférieurs apparu, la confusion n'est guère possible avec d'autres affections.

De même, lorsque s'est produite l'embolie pulmonaire avec infarctus, on n'en confondra pas le point de côté avec celui de la pneumonie ou de la pleurésie

par exemple, les signes physiques et l'évolution ultérieure étant bien différents dans tous ces cas.

Le pronostic variera naturellement aussi, étant d'ailleurs toujours meilleur, dans les formes typiques de phlegmatia. Tous les auteurs l'ont remarqué. **FORGUE** et **MASSABUAU** entre autres, déclarent ne jamais avoir vu succomber à une embolie les opérées qui présentaient de la phlébite apparente du membre inférieur. Cela est dû probablement en partie au fait que, dès ce moment, l'entourage des malades redouble de précautions. Mais il faut dire aussi que, lorsqu'il s'agit de thromboses pelviennes, la veine cave inférieure est très proche ; l'embolus n'a pas de valvules pour le retenir. On comprend que **GESSNER** considère dans ces cas le pronostic comme fatal.

Rappelons encore que, lorsque la maladie est localisée aux membres inférieurs, il faut faire les réserves habituelles au sujet de la possibilité d'une extension au côté opposé, de complications trophiques, et aussi, malgré tout, de l'embolie mortelle.

Enfin, lorsque l'infarctus s'est déjà produit, on laissera entrevoir la possibilité de la production ultérieure d'un épanchement qui, devenu purulent, pourrait nécessiter la pleurotomie.

CHAPITRE V

Traitement préventif.

C'est à dessein que nous envisagerons, dans ce dernier chapitre, uniquement le traitement préventif de la thrombose post-opératoire. Ce point est de beaucoup, en effet, le plus important, comme aussi le plus délicat.

Le traitement de la phlébite constituée se résume en somme dans l'immobilité absolue ; la notion en est bien classique ; tout se borne alors à essayer d'empêcher la migration désastreuse d'un fragment du caillot qui vient de se former. Bien autrement intéressante serait la possibilité de diminuer au maximum le risque des complications vasculaires veineuses. En l'état actuel de la science, il paraît difficile de préconiser un moyen prophylactique qui soit efficace de façon absolue. Cependant, on peut penser que le risque dont nous parlons serait diminué dans de très fortes proportions, si le chirurgien conseillait à sa malade et consentait lui-même, au moment de l'acte opératoire, certaines précautions que nous

allons passer en revue et dont l'importance est, croyons-nous, grande. Ces précautions découlent d'ailleurs tout naturellement des notions pathogéniques que nous avons essayé d'établir plus haut. On peut les envisager avant, pendant et après l'opération.

1. — Avant l'opération.

Une question se pose tout d'abord : celle de la date même de l'intervention ; cela n'est pas absolument indifférent. On conçoit bien en particulier, lorsqu'il s'agit d'une femme qui saigne, que l'on ait tout intérêt à aller vite. Par conséquent, une fois le diagnostic établi et les indications nettement posées, il ne faudra pas se laisser retarder par des considérations extra-médicales, soulevées souvent par la malade. Dans son intérêt même on devra aller vite.

Cependant, il ne faut pas non plus tomber dans une autre extrême et opérer hâtivement, dans les 48 heures par exemple, lorsque rien ne presse. Par conséquent il vaudra mieux, en général, laisser à la malade le temps de se présenter pour l'intervention dans les meilleures conditions possibles. Et pour cela, une fois la date fixée, dans les jours qui précéderont immédiatement l'opération, il sera bon, afin d'éviter toute cause de fatigue, tout affaiblissement nouveau de l'organisme, de conseiller le repos au lit absolu, qui a donné, à beaucoup de chirurgiens, d'excellents résultats.

Plusieurs auteurs ont préconisé en outre, lorsqu'il s'agit de formes hémorragiques, l'injection intraveineuse préventive de sérum-glucosé. FARRAR, en particulier, s'en est très bien trouvé. C'est là une excellente pratique, absolument indispensable quand la femme a été saignée à blanc, mais très utile encore par l'élévation de pression qu'elle entraîne dans les veines du pelvis et des membres inférieurs, même dans les hémorragies moins abondantes. STALE préconise, outre le repos au lit, la transfusion avant l'opération dans les cas d'anémie marquée, et, au moment de l'opération, le maintien à un taux constant du volume du sang par injection intraveineuse de sérum gommé glycosé. Les résultats cités par l'auteur sont tout en faveur de la méthode (aucun cas de thrombose ni d'embolie chez les malades d'hôpital à gros fibrome auxquelles elle fut appliquée ; par contre, plusieurs thromboses chez des malades de la clientèle privée). L'intérêt que présentent ces injections d'une technique si simple est donc très grand. Il semble bien que l'on doive renoncer complètement à une série de mesures habituelles pourtant dans un grand nombre de services hospitaliers et dont l'effet sur le ralentissement de la circulation des membres inférieurs paraît indéniable. Ainsi, l'injection de morphine avant l'anesthésie et aussi la classique purgation pré-opératoire.

D'autre part, il faudra avoir noté avec soin, matin et soir, pendant plusieurs jours, la température rectale, de façon à dépister, si possible, une thrombose déjà commençante.

Enfin, une excellente précaution consistera à prendre systématiquement le pouls de toutes les opérées, la veille de l'intervention. Ce sera, bien entendu, le seul moyen de pouvoir apprécier par la suite son accélération, car les variations individuelles sont grandes.

En somme, ne pas s'attarder, opérer rapidement une fois les indications posées, mais non sans un repos préalable de quelques jours, accompagné de préférence d'une injection préventive de sérum glucosé intraveineux — ni purge ni morphine — prendre la température et le pouls. On se sera mis ainsi, semble-t-il, dans les conditions les meilleures pour éviter la production ultérieure de la thrombose.

2. — Pendant l'opération.

Nous supposons venu maintenant le moment même de l'intervention chirurgicale.

La malade est placée sur la table ; il faudra éviter, dans la mesure du possible, de donner trop longtemps à celle-ci une position par trop inclinée. On réduira ainsi au minimum la compression des creux poplités ; si l'on emploie une courroie, il faudra, de même, veiller à ce qu'elle ne serre pas trop la racine des cuisses. Ces points de détail ont une certaine importance.

Le choix de l'anesthésique paraît à peu près indifférent, si l'on s'en tient à l'anesthésie générale ; cependant, il faut noter que, d'après JAYLE, l'emploi de l'éther prédisposerait aux embolies ; par contre, la

durée même de l'anesthésie, au point de vue qui nous occupe, n'aurait que peu d'importance.

Toutefois, le procédé qui, en l'occurrence, paraît le plus recommandable, est certainement la rachi-anesthésie. Le Docteur A. CHALIER l'emploie de façon à peu près systématique (sauf chez les grandes anémisées hypotendues), et il s'en est toujours très bien trouvé. On peut remarquer, en effet, que, avec la rachi, l'inhibition vasculaire cesse en quelque sorte de suite après l'intervention, au lieu de se prolonger longtemps, comme à la suite d'une anesthésie générale.

A quel procédé opératoire faudra-t-il maintenant accorder la préférence ? Nous avons vu que les statistiques ne tranchent pas nettement en faveur de l'un d'entre eux. L'hystérectomie abdominale totale a pour elle l'avantage d'établir par le vagin un large drainage du tissu cellulaire qui occupe la base des ligaments larges. De cette façon, les petites suffusions sanguines peuvent s'évacuer au fur et à mesure de leur production et n'ont pas le temps de se collecter en un hématome qui favoriserait par stagnation la thrombose d'une ou plusieurs des innombrables veines pelviennes. Il est vrai que la subtotale, d'une exécution plus aisée, expose moins à la blessure des uretères et de la vessie et permet de gagner du temps.

Passons à l'acte opératoire proprement dit.

Rappelons d'abord qu'il faudra, pendant toute sa durée, essayer d'éviter toutes les sortes de lésions traumatiques des veines. OLDSHIELD recommande en

particulier de ne pas pratiquer leur transfixion au cours des ligatures. De même, on tâchera de ne pas blesser leurs parois, cela surtout au cours des manœuvres d'énucléation plus ou moins brutales auxquelles on devra avoir recours dans certains cas. En procédant de cette façon, on évitera la thrombose chez bon nombre d'opérés puisque, nous l'avons vu, c'est bien souvent une lésion initiale de la paroi veineuse qui localise le processus phlegmasique.

De plus, il faudra avoir soin de procéder à une hémostase méthodique, rigoureuse, tout en s'attachant à ne jamais faire de trop gros pédicules.

Mais ce n'est point encore là le point capital. A notre avis, il y a une chose qui doit retenir au maximum l'attention de l'opérateur désireux d'éviter à sa malade le risque d'une phlébite ou d'une embolie ; c'est le souci d'une asepsie méticuleuse. Mais, dira-t-on, la chose est universellement reconnue. Il n'est pas de chirurgien qui n'opère ses fibromes dans une salle réservée aux interventions aseptiques, avec des instruments soigneusement stérilisés, après avoir nettoyé selon les règles ses mains et le champ opératoire. Sans doute, et nous admettons bien volontiers que, le plus souvent, une asepsie à peu près parfaite est réalisée au début de l'intervention, mais nous croyons aussi (abstraction faite des cas où l'on opère en milieu franchement septique) qu'elle n'est que rarement maintenue jusqu'à la fin. Cela est pour ainsi dire fatal, puisque l'opération comporte nécessairement la section du col utérin ou du vagin. Or, ces deux cavités sont, ou du moins peuvent être,

le siège d'une flore microbienne assez abondante. On voit le danger qui peut en résulter. Bien des chirurgiens l'ont compris et, une fois cette section effectuée, rejettent les instruments qui leur ont servi à la faire.

Que l'on fasse la totale ou la subtotalé, le temps septique de l'opération c'est la section du col ou du vagin et la suture de ces organes. Ce temps septique doit être réalisé avec des instruments et des catguts spéciaux, c'est-à-dire qui ne serviront plus durant le cours de l'opération. Enoncer cette précaution est un véritable truisme, et pourtant tous les chirurgiens obéissent-ils bien à cette recommandation élémentaire ?

3. — Après l'opération.

Une fois l'intervention terminée, quelles sont les meilleures mesures à prendre pour tâcher d'éviter les complications vasculaires veineuses ?

On peut rappeler ici qu'un certain nombre de procédés chimiques ont été préconisés, applicables d'ailleurs, dans l'esprit de leurs auteurs, aussi bien avant l'intervention que de suite après. C'est ainsi que CHANTEMESSE a donné une application clinique aux idées de WRIGHT : il prescrivait une dose quotidienne d'acide citrique ne dépassant pas 12 à 18 grammes, et dissoute dans une grande quantité d'eau. D'autres ont proposé l'urotropine, à raison d'un gramme par jour environ. De même, et dans une intention à peu près analogue, PARACHE prescrivait-il deux la-

vements de 100 grammes de peptone additionnés de 100 grammes de pulpe de foie ou d'extraits hépatiques, cela pour essayer de stimuler la fonction anticoagulante du foie. Il faut bien le dire, ces procédés paraissent un peu théoriques et n'ont pas donné en pratique les excellents résultats que l'on en attendait.

Cependant, le Docteur CHALIER prescrit souvent la succion de quelques citrons à ses opérées et s'en trouve bien.

Dans un ordre d'idées différent, rappelons encore que MICHEL préconisait les narcotiques pendant quelques jours après l'opération, pour éviter des mouvements trop brusques, migrants de caillots. De cette façon, la production des embolies serait rendue moins fréquente. Disons qu'il nous paraît bien préférable d'éviter au préalable la formation même d'un thrombus.

Et, pour cela, on pourra, comme le recommandent FORGUE et MASSABUAU, mettre en pratique les principes de la gymnastique au lit (*uebungstherapie*) ; dès les premières heures, on pratiquera des frictions et massages doux des mollets, accompagnés de mouvements d'extension et de flexion des jambes et des bras. On fera procéder l'opérée à de fortes inspirations ; on lui recommandera de préférence le décubitus latéral. Toutes ces manœuvres seront rendues plus efficaces par l'adjonction de quelques toni-cardiaques en injection (huile camphrée, caféine, spartéine).

Chez les personnes âgées, obèses, à circulation vicieuse, M. Chalier prescrit systématiquement à partir

du 6^e jour, et pendant 5 jours, la dose quotidienne de X gouttes de la solution de digitaline au 1/1000. Aucune de ces malades ainsi traitées n'a eu de phlébite.

Bien entendu, si on voyait apparaître, malgré ces précautions, le moindre signe de phlébite, tel un œdème malléolaire léger, avec élévation thermique et douleur dans le mollet, la conduite à tenir changerait du tout au tout. Dès lors, en effet, malgré les efforts faits pour s'y opposer, la thrombose a réussi à se constituer. Une seule indication subsiste : empêcher la migration du caillot. On y arrivera par le repos absolu, l'immobilisation complète du membre suspect en gouttière ouatée. Cette immobilisation devra être rigoureuse aussi, même en l'absence de symptômes de localisation au niveau d'un membre, lorsqu'on aura constaté une accélération du pouls manifeste par rapport à sa fréquence pré-opératoire, surtout lorsque cette accélération (qu'aucune autre complication ne pourra expliquer) paraîtra avoir tendance à augmenter progressivement. C'est dans ces conditions, en effet, que le signe de Mahler prend toute sa valeur de véritable avertisseur.

Reste une question importante : c'est celle du lever des opérées. A quel moment le prescrire ? La question est encore très controversée. On sait que la vogue du lever précoce, venue d'Amérique, où elle a été lancée par RIES, en 1889, a d'abord été très grande en Allemagne surtout. Cependant, dès le début, les avis furent partagés. Les frères MAYO, KLEIN, FRIEDMANN avaient de très bons résultats, la thrombose étant devenue, avec le procédé, trois à quatre fois plus rare qu'au-

paravant. Par contre, BORELINS, SCHNITZLER, ARNDT publiaient des résultats et une opinion absolument contraires.

A peu près à la même époque, et dans la même publication, NACKE s'opposait formellement au lever précoce, alors que HOFMEIER le recommandait vivement. Il semble bien que, là comme ailleurs, la sagesse consiste à observer un juste milieu. Le lever par trop hâtif est fatigant pour la malade. Par contre, le séjour prolongé au lit est manifestement débilitant et, au point de vue qui nous occupe, favorise le ralentissement de la circulation.

Par conséquent, il semble logique de faire lever les opérées vers le onzième ou le douzième jour, c'est-à-dire une fois la date critique passée, lorsqu'aucun signe de thrombose ne s'est manifesté.

C'est la conduite qu'adopte en général le Docteur A. CHALIER. Il permet le lever à ses opérées vers le dixième jour, non sans l'avoir fait précéder de quelques mouvements « de bicyclette » dans le lit. De cette façon, la mobilisation est progressive et s'effectue sans accident.

Enfin, nous ne voulons pas terminer, sans signaler que l'antisepsie générale de la malade devra également préoccuper le chirurgien pendant les quelques jours qui suivront l'opération ; c'est ainsi qu'il pourra lui prescrire l'urotropine à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

Surtout, par les moyens habituels, il s'efforcera de combattre la constipation qui est si fréquente chez ces opérées et qui constitue si souvent un élément de toxi-

infection préjudiciable à la marche normale des suites opératoires.

En somme, on le voit, c'est par l'observation méticuleuse de plusieurs précautions, dont chacune peut paraître peu importante en soi, que l'on peut, à l'heure actuelle, éviter avec le plus de certitude possible le risque des complications vasculaires veineuses. C'est en tout cas en agissant de la sorte que le Docteur CHALIER a pu n'observer aucun cas d'embolie mortelle sur une centaine d'opérées et trois cas seulement de phlébite bénigne des membres inférieurs.

CONCLUSIONS

I. — Les complications vasculaires veineuses (phlébites et embolies) constituent, à l'heure actuelle, le plus grand danger des opérations destinées aux fibromes utérins, car ces malades ne meurent plus de péritonite.

II. — Leur fréquence globale peut être évaluée à 4 % environ. Ce qui ressort des statistiques, c'est que, s'il y a une augmentation de cette fréquence suivant la variété des fibromes opérés (fibromes hémorragiques, fibromes énormes, fibromes sous-muqueux), il y a surtout une grande variation suivant les opérateurs, ce qui permet d'espérer la disparition à peu près complète de ces complications veineuses.

III. — Leur pathogénie est complexe. A notre avis, ce qui prime tout, c'est l'élément infectieux, mais un élément infectieux très atténué, puisqu'il survient tardivement. Une infection opératoire vraie entraînerait d'autres accidents, plus précoces et plus graves. La phlébite est due à une faute d'asepsie, mais à une faute minime.

Toutefois, à cet élément infectieux, qui est à la base des complications veineuses, viennent se joindre, à titre de causes déterminantes, d'autres facteurs très importants, d'ordre médical en quelque sorte (troubles de la coagulation du sang, troubles de la tension artérielle, troubles de la circulation) qui, en s'associant les uns aux autres, dans des proportions variables, favorisent la « maladie veineuse ».

IV. — La prophylaxie résulte de ces notions pathogéniques : asepsie aussi parfaite que possible pendant l'opération (qui ne devra comporter aucune manœuvre brutale, notamment pas de dilacération brusque) ; hémostase rigoureuse ; amélioration de l'état circulatoire avant, pendant et après l'intervention (médication hypertensive, mobilisation méthodique des membres inférieurs, lever précoce). C'est grâce à ces diverses précautions que M. CHALIER n'a observé aucune embolie mortelle et a réduit à des proportions infimes la phlébite post-opératoire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

VILLARD.

LE DOYEN,

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 mai 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- BRAUN. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1919.
- BONNEY. — *Royal Society of Medicine*, Londres, mars 1922.
Discussion sur les embolies post-opératoires et la thrombose.
- COTTE et CORDIER. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1922.
- G. COTTE. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 6 déc. 1923.
- CORYNE. — Genèse des embolies post-opératoires. *Société belge de chirurgie*, 1922.
- CHAUVIN et JAUR. — *Société de Chirurgie de Marseille*, 3 mars 1924.
- CHANTEMESSE. — *Bulletin médical*, 1909, n° 3. Coagulation et décoagulation du sang dans les veines. Phophylaxie de la phlébite et de l'embolie.
- CHEVREUX. — *Thèse de Paris*, 1902.
- EISENREICH (OTTO). — Embolies après les opérations gynécologiques. *Gynécologie et obstétrique*, 1922, page 225.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie in « Le Dentu et Delbet »*.
- FARRAR. — *Gynécologie et obstétrique*, tome II, page 252.
Fréquence des embolies.
- HOFMEIER. — De la fréquence des phlébites post-opératoires et puerpérales. *Centralblatt für gynækologie*, 1909, n° 1.
- JAYLE. — De la phlébite et de l'embolie après les laparatomies en gynécologie. *Bulletin de la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris*, 1908.

- LOCKART MUMMERY. — Discussion sur les embolies post-opératoires et sur la thrombose. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. Londres, mars 1922.
- LENORMANT. — *Archives générales de chirurgie*, 1909, t. III.
- LEQUINT. — *Thèse de Lille*, 1900.
- MARTINET. — *Thèse de Bordeaux*, 1900.
- MICHEL. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, août 1900. De l'embolie pulmonaire après les opérations pour fibromes.
- MÉRIEL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1905, n° 40 et 42. Les phlébites du membre inférieur après les paratomies.
- NETSON. — *Royal Society of Medicine*, Londres mars 1922.
- NACKE. — Etude critique des symptômes précurseurs des thromboses et embolies. *Zentralbl. für Gynækologie*, 1908, n° 3.
- STALE. — La fréquence des embolies pulmonaires et des thromboses après les hystérectomies pour myomes utérins. *Soc. Gyn. et Obst.*, décembre 1921.
- STÉNALIDES. — *Thèse de Toulouse*, 1901.
- TIXIER. — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. *Rapport au 33^e Congrès français de chirurgie*, Paris, octobre 1924.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre Premier. — Fréquence.....	13
Chapitre II.— Etiologie et Pathogénie.....	17
Chapitre III.— Symptomatologie	25
I. Les Phlébites du membre inférieur	25
II. La Phlébite Pelvienne.....	29
Chapitre IV.— Diagnostic et Pronostic.....	33
Chapitre V.— Traitement préventif.....	35
1. Avant l'opération.....	36
2. Pendant l'opération.....	38
3. Après l'opération	41
Conclusions	47
Bibliographie.....	49
